



UN PROGRAMME DE PARRAINAGE POUR SOUTENIR DES PAIRS SOUFFRANT DE PSYCHOSE

SPONSORSHIP PROGRAM FOR THE SUPPORT OF PEERS AFFECTED BY PSYCHOSIS

Hubert Wallot, M.D.

L'objectif de cet article est de présenter un programme de parrainage inspiré des AA (Alcooliques Anonymes) pour des personnes souffrant d'un trouble psychotique.

Le soutien des pairs désigne l'assistance de personnes vivant ou ayant vécu des expériences semblables à une personne donnée en matière de santé physique comme le cancer, les maladies coronariennes et l'obésité, ou en santé psychique, comme l'alcoolisme. (Chinman, 2014).

Le plus ancien et durable des programmes pour des pairs est celui des AA né en 1935 (Solomon, 2004). Il prévoit un cheminement en 12 étapes vers ce qu'on pourrait appeler le « rétablissement ». Il comporte deux éléments interactifs avec des pairs : 1) des rencontres (« *meetings* ») de groupe avec des témoignages et 2) un parrainage par un pair. Il fut mis sur pied en réponse à l'efficacité limitée des services traditionnels de santé. Il mise sur le pouvoir des individus de s'offrir du soutien mutuel, de l'apprentissage et de l'assistance.

VALEURS PROMUES

Les valeurs fondamentales du soutien par les pairs sont : relations non hiérarchiques, choix mutuel, modelage (*modeling*) de rôle positif, réciprocité, soutien, sens de la communauté (particulièrement dans les programmes de type « *drop-in* », auto-soutien), auto-détermination (Johnsen, 2005). Ce soutien touche à des aspects émotionnels, instrumentaux ou pratiques (Gartner, 1984). Il est mutuellement profitable grâce à un processus réciproque dans lequel on donne et on reçoit. (Mead, 2006)

Pour Solomon (2004), l'efficacité de ce soutien découle de processus tels que le soutien social et émotionnel, l'apprentissage expérientiel ou réciproque, l'apprentissage social comme l'émulation de rôle (*role modeling*), et des mécanismes reliés à la théorie de la comparaison sociale comme le sens de la normalité fournie par le partage avec des individus ayant vécu des expériences similaires : la comparaison vers le haut (*upward comparison*) et l'offre d'espoir et d'optimisme, la comparaison vers le bas (*downward comparison*) et la reconnaissance que les choses pourraient être pires.

The objective of this article is to present a mentorship program inspired by Alcoholics Anonymous for persons affected by a psychotic disorder.

Peer support is based on the idea that someone who experienced health problems, either physical such as cancer, heart disease or obesity, or mental challenges such as alcoholism, can help and support those currently experiencing the same problems. (Chinman, 2014)

The oldest and most durable peer program is Alcoholics Anonymous created in 1935 (Solomon, 2004). It's based on a 12-step program leading to "healing". It integrates two elements of interaction with peers: 1) group meetings involving personal testimonies and 2) mentorship by a peer. The program was developed in response to the limited efficacy of traditional health services. It's based on the capacity of individuals to offer mutual support, apprenticeship, and assistance.

HIGHLIGHTED VALUES

The fundamental values of peer support are: non-hierarchical relations, mutual choices, positive role modeling, reciprocity, support, community awareness (particularly in the drop-in programs, self-support), self-determination (Johnsen, 2005). This type of support is linked to emotional, instrumental or practical aspects (Gartner, 1984). It's mutually profitable thanks to a reciprocal process in which one gives as well as receives. (Mead, 2006)

For Solomon (2004), the efficacy of this type of program stems from processes such as social and emotional support, experiential or reciprocal apprenticeship, social apprenticeship like role modeling, and mechanisms relating to the social comparison theory such as the sense of normality provided by the sharing of individuals who've had similar experiences: the upward comparison, and the promise of hope and optimism, and the downward comparison, and the recognition that things could be worse.

SAVOIR EXPÉRIENTIEL ET EXPERTISE EXPÉRIENTIELLE

Le savoir expérientiel comporte deux éléments importants : le type d'information sur lequel il se fonde et l'attitude de l'individu envers cette information (Borkman, 1976). Le type d'information, c'est la sagesse et le savoir-faire issus de l'expérience d'un phénomène et de la réflexion qui en découle. L'attitude est le haut degré de conviction qui l'accompagne. Il y a en plus l'expertise expérientielle, qui est la compétence ou l'habileté à gérer ou résoudre un problème, acquise à partir de l'expérience personnelle. En effet, pour une même difficulté, le degré d'intégration de l'information et d'acquisition de compétence pour appliquer cette dernière varie d'une personne à l'autre. L'expert expérientiel devient un modèle de rôle et une source d'espoir (Toch, 1965). Il peut devenir un leader dans un groupe d'entraide. Les confessions ou témoignages publics sont probablement les moyens dominants de partage de l'information expérientielle dans les groupes d'entraide (Borkman, 1976).

Les deux savoirs ne sont pas mutuellement exclusifs. Certains professionnels utilisent leur savoir expérientiel personnel dans leur travail, mais à l'intérieur de leur savoir professionnel et comme subsidiaire à lui (Freidson, 1970). Ces savoirs ont des ressemblances. Tous deux sont propriété d'un individu qui, une fois qu'il l'a appris, demeurent impérissables (Etzioni, 1964). Le fondement des relations entre professionnels ou entre pairs est l'absence de hiérarchie.

Ces savoirs comporteraient néanmoins quatre différences fondamentales (Borkman, 1970). D'abord, par contraste avec l'information professionnelle, le savoir expérientiel est pratique plutôt que théorique ou scientifique. Il insiste sur ce qui donne des résultats concrets et observables tels que perçus subjectivement dans la perspective du sens commun. Ensuite, il est orienté sur l'action dans le présent et l'expérience plutôt que sur le développement au long cours et l'accumulation d'un savoir et l'enseignement didactique. Également, il est holistique et global plutôt que segmenté, couvrant le phénomène total éprouvé par la personne (émotions et perceptions subjectives) alors que le savoir professionnel est segmenté en disciplines et approches distinctes pour un même problème. La dimension holistique rend possible une identification mutuelle (Hurvitz, 1970). Enfin, en contraste avec le savoir scientifique parfois sujet à changement, le savoir expérientiel comporte un niveau très fort de conviction, résultant d'une expérience vécue comme vraie.

En santé mentale, le soutien des pairs peut prendre différentes formes : participation ou appartenance à un groupe autogéré (Perrow, 1970) ou géré avec la supervision minimale par un non-pair, professionnel, para professionnel ou non, et le parrainage un-à-un.

Il existe maintenant des « pairs-aidants », rémunérés comme tels. Mais ce pair-aidant rencontre plus ou moins les mêmes contraintes que ses collègues, notamment quant à la charge et au débit d'utilisateurs toujours changeants. Mais comme membres de l'équipe de soins et rémunéré, il a une double asymétrie avec l'utilisateur.

EXPERIENTIAL KNOWLEDGE AND EXPERIENTIAL EXPERTISE

Experiential knowledge includes two important elements: the type of information on which it's based, and the attitude of the individual toward this information (Borkman, 1976). The *type of information* is the wisdom, and the *know-how* generated by experiencing a phenomenon, and by thinking about it. The *attitude* is the high degree of conviction which comes with this type of information. Experiential expertise is the skill required to manage or to solve a problem, which is acquired from personal experience. Indeed, the degree of integration of the information, and the acquisition of skills to process that information will vary when persons are facing a similar challenge. The experiential expert becomes a role model, and a source of hope (Toch, 1965). He can become a leader in a self-help group. Public confessions or testimonies are probably the dominant means of sharing experiential information in support groups (Borkman, 1976).

Both means of knowledge are not mutually exclusive. Indeed, some professionals use their own experiential knowledge in their work, but they do so within the boundaries of their professional knowledge, and as a subsidiary of that knowledge (Freidson, 1970). Those means of knowledge also have similarities: they both remain unforgettable to those who have learned them, (Etzioni, 1964), and in both, the relations between professionals and peers are without any hierarchy.

However, these means of knowledge have four fundamental differences (Borkman, 1970). First, by contrast with professional information, experiential knowledge is practical rather than theoretical or scientific. It focuses on what produces concrete and observable results as subjectively perceived in the perspective of common sense. Second, it's oriented on action in the present instead of on potential long-term development, or on accumulation of knowledge, and didactic teaching. Third, it is holistic and global, covering the whole phenomenon experienced by the person (emotions and subjective perceptions), while professional knowledge views the same problem as segmented into disciplines and distinct approaches. Mutual identification is made possible by the holistic dimension (Hurvitz, 1970). Fourth, in contrast with scientific knowledge – always subject to change – experiential knowledge demonstrates a very high level of conviction, resulting in an experience perceived as real.

In mental health, peer support can adopt different forms: participation or adherence to a self-directed group (Perrow, 1970), or to a group minimally managed by a non-peer, a professional, or a para-professional, and one-to-one mentoring.

Nowadays, there are « peer-caregivers » who are paid for their work. They face the same challenges as their professional colleagues, such as workloads and ever-changing user needs. But, as paid members of the health care team, they have a double asymmetry with the user.

LE PARRAINAGE DU PROGRAMME DU CTR

Chez les AA, le savoir expérientiel se transmet par les témoignages publics lors des réunions mais aussi par la relation de parrainage. La première tâche du parrain est de guider le nouveau membre dans le programme. Le parrainage y est encouragé car il prédit une meilleure fidélité aux rencontres des 12 étapes, une réduction des rechutes, un meilleur accès à un soutien social approprié (Wilbrodt, 2012), et une plus grande contribution aux activités de services de l'organisation (Subbaraman, 2011). La confidentialité est l'élément qui a globalement le plus d'impact sur l'efficacité des parrains (Radach, 1999). Et, « (...) après un long temps (...) la relation évolue vers l'amitié. » (Whelan, 2009)

Le CTR (Centre de traitement et de réadaptation) de Nemours au Québec, offre des services de réadaptation psychiatrique aux personnes souffrant de troubles psychotiques graves et avec déficits fonctionnels. S'inspirant des AA, il démarre en 2015 un programme de parrainage. Ses valeurs sont l'entraide entre pairs, le respect sous toutes ses formes, l'équité entre les participants et la confidentialité.

Sous le thème « Passer l'espoir au suivant », un jumelage unit de façon volontaire une personne rétablie et autonome à une personne en cheminement pour se rétablir. Le parrainage peut prendre diverses formes. Habituellement, il se traduit en sorties, en conversations téléphoniques, en échange de courriels ou toute autre forme d'entraide. Avec le parrainage, une personne peut compter sur quelqu'un qui prendra le temps de l'écouter et de l'aider à trouver l'information dont elle a besoin, et la plupart du temps devenir un ami.

Pour les participants, ce parrainage devient un complément au travail de l'équipe de soins qui suit la personne. Il se poursuit une fois terminé le suivi de l'équipe. De plus, en aidant les autres, les parrains constatent qu'ils s'aident eux-mêmes. Ils en retirent un fort sentiment de satisfaction qui les incite à progresser davantage.

Pour maximiser les chances de succès d'un jumelage, les responsables associent les personnes selon leur compatibilité, évaluée en fonction de la collecte préalable des besoins, lieux de résidence et des intérêts. À l'écoute des témoignages des participants, parrainés et parrains, le programme donne un sens au vécu de leur psychopathologie, brise l'isolement en élargissant le réseau social, favorise la mise en action, accroît le sentiment de bien-être, développe l'espoir, augmente l'estime de soi, et a un rôle valorisant.

Pour son rôle auprès du parrainé, le parrain bénéficie d'une formation axée sur le respect des limites, l'enseignement du code d'éthique du programme et sur son rôle d'entraide dont on lui enseigne qu'il diffère du rôle des professionnels de l'éventuel parrainé, y compris du rôle d'un éventuel pair-aidant.

À chaque mois, il y a une *meeting* dont la « vedette » est l'espoir. Il s'adresse aux parrains comme aux parrainés, ainsi qu'aux proches qu'ils choisissent. Il propose un témoignage portant sur l'espoir et le rétablissement. L'entrée est libre. « Lors des témoignages, ce sont des gens qui viennent parler de leurs épreuves de vie et comment ils se sont rétablis. » (Luc Vigneault, inédit)

MENTORING IN THE PROGRAM AT THE TREATMENT AND REHABILITATION CENTER OF NEMOURS, QUEBEC (CTR)

At AA, experiential knowledge is transmitted through public testimonies during meetings, along with mentoring relationships. The first duty of the mentor is to guide the new member through the program. Mentoring is encouraged because it promises better fidelity to the 12-step meetings, a reduction of relapses, a better access to appropriate social support (Wilbrodt, 2012), and a greater contribution to the service activities of the organization (Subbaraman, 2011). Confidentiality is the single element with the greatest impact on the efficacy of mentors (Radach, 1999). And, "(...) after a long time (...) the relationship evolves toward friendship." (Whelan, 2009)

The Nemours CTR offers services of psychiatric rehabilitation to those who are affected by severe psychotic disorders and functional deficits. Inspired by the AA, the CTR initiated a mentoring program based of such values as peer support, all-encompassing respect, equity between participants, and confidentiality.

The theme "*It's your turn to transmit hope*" precisely reflects a pairing, which voluntarily unites a person who has recovered with one still struggling toward recovery. The mentoring can take various forms. Usually, it's in the shape of an evening out, phone conversations, email exchanges, or any other form of mutual aid. With mentoring, a person can count on someone who will take the time to listen, and to help find precious information, and, most often, a person who will become a friend.

For participants, this mentoring process supplements the work of the health care team who is monitoring the person. The mentoring process, however, will continue even after the health care team has completed its work. Moreover, by helping others, mentors notice that they help themselves in the form of a strong feeling of satisfaction, which encourages them to progress further.

To maximize the chances of success, the pairing planners collect a list of mutual needs, and link persons along the lines of potential compatibility, place of residence, and specific interests. By attentively listening to the testimonies of participants, mentors, and mentorees, the program gives meaning to lives affected by psychopathologies, it breaks isolation by opening the doors to a new social network, it encourages the implementation of action plans, it increases the feeling of well-being, it generates hope, develops self-esteem, and in general, the program is a gratifying experience.

To fulfill his role with the mentoree, the mentor receives specific training on the respect of personal limits, on the code of ethics of the program, on his unique role in the mutual aid relationship, and on how it differs from professional help, including that of a potential peer-caregiver.

In every monthly meeting, hope is the "star". The no-cost meeting is organized for mentors and mentorees, as well as for any family members and friends they choose. It features testimonies on hope and recovery. "*During testimony periods, people talk about their life difficulties and how they recovered.*" (Luc Vigneault, unpublished)

Just like the AA, the CTR program includes 12 steps. The professionals involved in the services to mentors and mentorees are not informed of the activities of the latter, except unless they open up to them under the condition of confidentiality.

Comme celui des AA, le programme CTR comporte douze étapes. Les professionnels engagés dans les services aux parrains ou parrainés ne sont pas informés de l'activité de ces derniers, sauf si ces derniers s'en ouvrent mais ils doivent alors garder la confidentialité sur le pair.

Démarré le 23 janvier 2015, le programme est trop récent et le nombre actuel de participants trop limité pour fournir une évaluation scientifique de son impact. Nous pouvons seulement donner une idée des effets par anecdotes provenant des rencontres mensuelles. Roger, un parrain, demeure marqué par ses hospitalisations mais, malgré ses peurs, il visite Roland son parrainé hospitalisé. Micheline et Marie jouent du piano ensemble, la marraine Micheline a même réservé un local avec deux pianos, et Marie parle de Micheline comme d'une « grande sœur ». Raymonde, marraine, et Lucie, parrainée, vivent seules et passent le réveillon de Noël ensemble. Jonathan, parrain, téléphone à Maurice, parrainé, toutes les semaines depuis un an et Maurice parle de cette « attention touchante » à son médecin; il leur arrive d'aller manger ensemble dans un buffet connu. Ludovic, parrain, vit une rechute en lien avec l'usage de l'alcool et décide donc de prendre une pause avec sa parrainée Nicole, mais il est surpris et touché de recevoir un appel de Nicole qui priera pour lui et lui souhaite bonne chance. Maurice demande à parrainer quelqu'un à son tour parce qu'il dit avoir eu un « beau modèle » et il souhaite transmettre cet héritage. Yvan souhaite parrainer une deuxième personne car il dit s'aider et se faire du bien en aidant une autre personne.

CONCLUSION

Il reste à ce jeune programme d'intéressants développements possibles, soit d'être coordonné par un pair-aidant ou mieux, comme chez les AA, par un des parrains dans le programme.

Bibliographie sur demande.

Initiated on January 23, 2015, this program is still too recent to enable us to draw conclusions, and the actual number of participants is too limited to provide a scientific evaluation of its impact. We can only give an idea of the effects through anecdotes generated by monthly meetings. Roger, a mentor, is still affected by hospitalizations, but despite his fears, he visits Roland, his hospitalized mentoree. Micheline and Marie play piano together; Micheline, the mentor, reserved a place with two pianos, and Marie speaks of Micheline as her "big sister". Raymonde, mentor, and Lucie, mentoree, both living alone, spend Christmas eve together. Jonathan, mentor, has been calling Maurice, his mentoree, every week for a year; at times, they eat together in a well-known buffet restaurant. Maurice refers to this as "touching attention" to his doctor. Ludovic, mentor, is experiencing a relapse with alcohol abuse, and thus decided to take a break from his mentoree Nicole; however, he was surprised and touched when he received a call from Nicole who said she prayed for him, and wished him good luck. Maurice is now requesting to be a mentor for someone in need, because he claims that "he had a good model", and wishes to transmit this heritage. Yvan hopes to be a mentor for a second person because, he says, helping others helps him.

CONCLUSION

Interesting potential developments grace this young CTR program. A "peer-helper" or better yet, an AA-type mentor could make a significant difference in the quality of life and on the recovery of those in need.

Bibliography on demand.



LE TOURNOI DE GOLF DU PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC AMASSE 111 000 \$

LE TOURNOI DE L'AN PROCHAIN VOUS INTÉRESSE ?
COMMUNIQUEZ AVEC LE BUREAU DE L'AMPQ.

L'équipe 2017 de l'AMPQ était composée de
M. Jean Fournier, Dr Yves Allard et Dr Luc Gilbert.



ASSOCIATION DES
MÉDECINS PSYCHIATRES
DU QUÉBEC